

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

par

Pinco MARCUS

né le 10 novemdre 1912 à CODAESTI (Roumanie)

LA FEMME
DU SYPHILITIQUE

Président : M. L. BINET, Professeur.

STUDIO STENO-DACTYL

5, rue du Pont-de-Lodi

PARIS (VI)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

par

Pinco MARCUS

né le 10 novembre 1912 à CODAESTI (Roumanie)

LA FEMME
DU SYPHILITIQUE

Président : M. L. BINET , Professeur.

STUDIO STENO-DACTYL

5, rue du Pont-de-Lodi

PARIS (VI)

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPEP.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ...	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ...	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUDRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART

D'ALLAINES

Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 Pathologie chirurgicale.

DUTAILLIS

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	Clinique chirurgicale.
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEROUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*en témoignage de mon profond amour,
de ma reconnaissance infinie pour leur
grande bonté et leur sacrifice de tous les
instants.*

A MA SŒUR BIEN-AIMÉE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BINET

Membre de l'Académie de Médecine

*mes remerciements respectueusement re-
connaissants pour l'honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de notre
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. MILIAN

Membre de l'Académie de Médecine

*qui nous a suggéré le sujet de cette thèse,
l'expression de notre gratitude pour l'en-
seignement précieux qu'il nous a donné.*

INTRODUCTION

Le sujet de ce travail « La Femme du Syphilitique » s'est imposé depuis longtemps au médecin syphili-graphie.

En effet, dès qu'un sujet syphilitique se présente devant le médecin, ce dernier s'enquiert sur l'éventualité de contamination du conjoint légitime ou naturel. C'est ainsi que la femme examinée à son tour est, ou bien trouvée atteinte, syphilitique cliniquement et sérologiquement ou bien, au contraire, indemne de toutes lésions apparentes, et ayant un sérum négatif.

Le premier cas est simple. Le diagnostic une fois affirmé, on soumet le malade au traitement spécifique.

Le second, par contre, est beaucoup plus délicat. Lorsque les rapports sexuels sont réguliers et fréquents, même en l'absence de lésions cutanéomuqueuses du mari, il apparaît difficile au médecin d'exclure toute

contamination de la femme. Cette dernière examinée systématiquement de temps en temps pourra présenter des troubles d'importance variable, de nature suspecte ou absolument rien.

La Sis habituelle transmise par les accidents primitifs ou secondaires débutant par un chancre, suivi des éruptions secondaires et de la positivité du Bordet-Wassermann, n'est pas la seule rencontrée chez la femme. La femme peut ne pas avoir eu de chancre, ni éruption, ni autre trouble d'origine syphilitique, et présenter toutefois, à un moment donné de son existence, des signes indiscutablement en rapport avec l'infection du mari; ces signes sont ainsi révélateurs de la contamination passée inaperçue et dévoilent le caractère latent et occulte de l'infection. Parfois même le médecin sera amené à rechercher la Sis chez le mari, en l'absence de signes classiques chez la femme, quand celle-ci présente, par exemple, des avortements à répétition, une stérilité inexplicable par l'état local, ou donne naissance à des enfants tarés.

Laissant de côté les formes typiques manifestes de la Sis chez la femme, nous nous attacherons dans le présent travail à étudier les cas trop méconnus, ou des phénomènes morbides, discrets, tardifs et indirects démontrent l'existence de l'infection tréponémique chez la femme, apparemment indemne du mari syphilitique.

Nous remarquerons, en passant, l'intérêt médical et social que comportent ces cas.

LA SYPHILIS CONJUGALE

Les anciens auteurs avaient déjà remarqué l'absence de signes cliniques de syphilis chez la femme, dont le mari était manifestement Sique. La fréquence de ces cas était apparemment plus considérable qu'aujourd'hui, car à cette époque, certaines lésions cutanées ou viscérales, de nature Sique étaient moins bien connues, et les réactions sérologiques n'étaient pas encore découvertes.

Il était ainsi très difficile d'expliquer la fréquence de la Sis congénitale, malgré la santé de la mère, autrement que par la transmission conceptionnelle paternelle.

Aujourd'hui nous savons que la Sis conceptionnelle est très rare sinon exceptionnelle; celle-ci suppose, en effet un coït unique pendant lequel il n'y a pas eu de contamination de la femme, quoique la septicémie Sique

de l'homme fut assez intense pour que les spermatozoïdes abritent des tréponèmes. En réalité, la présence des tréponèmes dans les spermatozoïdes ou le liquide spermatique, durant un coït normal fécondant, suppose inévitablement la contamination, plus encore que la fécondation. Les conditions d'une fécondation sans contamination étant rarement remplies, la Sis paternelle est incapable d'expliquer la fréquence de l'hérédosyphilis la mère étant apparemment indemne.

La loi de Colles-Beaumes, qui affirme que la mère saine peut allaiter son enfant syphilitique, qu'elle ne peut être contaminée par ce dernier, est considérée par les auteurs contemporains, exacte de la seconde partie de son annoncé, mais fausse, dans la prémice.

En effet, la non-contamination de la mère par son nourrisson hérédosyphilitique est un fait constaté par de nombreuses générations de médecins, mais l'état indemne de la mère au point de vue Sis apparaît aujourd'hui comme une impossibilité logique, vérifiée d'ailleurs par l'observation clinique.

Le fait que les lésions cutanées muqueuses buccales du nourrisson, extrêmement virulentes, restent inoffensives pour la mère qui allaite, ne nous permet que deux hypothèses.

La première, c'est l'état réfractaire, l'immunité de la mère par rapport à la Sis.

La seconde, c'est l'infection tréponémique préalable de l'organisme maternel.

L'observation clinique et l'expérimentation nous ont appris d'une façon quasi absolue qu'il n'existe pas d'immunité Sique, ni naturelle, ni artificielle et, d'autre part, qu'il n'y a pas d'organisme sain résistant à la contamination lorsque les conditions de celle-ci sont remplies.

FOURNIER, dont l'humour s'alliait souvent à son savoir disait : « Il n'y a qu'un moyen de résister à la Sis, c'est de l'avoir ».

La seule immunité admise, est l'immunité chancre : un Sique ne réagissant pas par un chancre à une nouvelle inoculation. Encore faut-il faire une certaine réserve sur les races tréponèmes.

Ainsi donc la mère, apparemment saine donnant naissance à un enfant Sique, doit être considérée comme préalablement infectée malgré l'absence de preuves cliniques ou sérologiques. Ce fait est actuellement admis par la plupart des cliniciens, accoucheurs ou syphili-graphes.

Depuis FOURNIER de nombreuses lésions ont été reconnues comme étant d'origine Sique, et le nombre des individus considérés comme sains a baissé proportionnellement. La découverte des réactions sérologiques a fait diminuer encore le nombre de ces derniers. Il reste pourtant des Sis qui, revêtant des formes spéciales échappent encore à nos sens, du fait de l'insuffisance de nos moyens d'investigations, doublée d'une résistance regrettable de nombreux praticiens qui croient

que nos connaissances cliniques de la Sis ont atteint leur maximum.

Olygo ou mono-symptomatique la Sis met le praticien hésitant dans le plus grand embarras, quant à l'affirmation du diagnostic et à la conduite à tenir, dans nombre d'autres cas, chez la femme du Sique, la Sis est absolument muette, latente; elle peut se réveiller tardivement chez l'individu ou devenir parlante dans sa descendance (LERREBOUTET Sis congénitale tardive) et par son caractère de trahison, elle mérite bien les qualificatifs donnés par notre maître M. MILIAN de Sis occulte.

Enfin, lorsque les conditions de contamination sont quotidiennement réalisées, comme dans un ménage, il est aussi fréquent que surprenant de ne trouver chez la femme aucun signe clinique et une sérologie sans cesse négative. Sis symptomatique mais Sis certaine, quoique l'exploration minutieuse clinique et laboratoire ne nous permette pas momentanément de l'affirmer. Elle se manifestera un jour, sous une forme ou une autre malheureusement parfois trop affirmative.

Afin de dispenser le sujet des manifestations de l'avenir, il est indispensable de faire une place au moins égale à l'examen du sujet, à son interrogatoire et à celui de son entourage.

L'interrogatoire en fouillant dans le passé morbide, dans les premières règles et rapports sexuels, s'attachant à faire préciser les troubles les plus minimes et

négligés par la patiente, l'enquête portant sur l'entourage et particulièrement la descendance, peuvent contribuer dans une mesure importante au dépistage de l'infection chez la femme du Sique.

Hormis le cas d'une contamination massive, la Sis chez la femme se présente généralement sous une forme atténuée sinon inapparente. Le chancre peut passer inaperçu, soit du fait de ses dimensions réduites, soit du fait de son siège inaccessible à la vue, qui peut être vaginal, utérin-cervical ou endo-cervical et même tubaire.

La roséole peut se réduire à très peu de chose, et lorsque la patiente n'est pas avertie, son attention n'est pas attirée par les quelques minuscules taches rosées passagères.

Dans la vie conjugale, la contamination par les lésions primo-secondaires est rarement réalisée car, en effet, le mari doit ou bien être ignorant de son mal, ou bien dépourvu au plus haut degré du sentiment de sa responsabilité.

Il transmettra dans ce cas, à sa femme, la vérole le soir du mariage ou bien plus tard, à l'occasion d'une infidélité dès lors impossible à dissimuler.

Le plus souvent le Sique ne se marie que lorsque ses lésions cutanées et muqueuses sont disparues, lorsqu'il est blanchi, et sa sérologie à peine négative.

Dans ces cas l'ancien Sique, nouvel époux, insuffisamment traité et non guéri, pourra encore transmettre

la Sis sous la forme la plus jeune. Si roscole et plaques muqueuses sont passées inaperçues, la céphalée vespérale peut sonner l'alarme, mais là n'est pas le cas habituel.

Le plus souvent l'infection de la jeune femme se manifestera par une période de stérilité inexplicée et inexplicable par l'état local; absence de toutes grossesses ou avortements spontanés à répétitions dès les premiers mois après le mariage, parfois ce n'est que la seconde fausse-couche seulement qui jettera le soupçon.

L'état de la femme est parfait, rien ne l'inquiète, sa sérologie est presque constamment négative. L'évolution de la Sis dans la majorité des cas, gardera pour longtemps le caractère silencieux et torpide qui a été aussi celui de la contamination.

Généralement, après une ou plusieurs fausses-couches, la femme mènera une grossesse à terme; les premiers enfants seront non viables ou profondément touchés, les suivants, de moins en moins tarés et quasi-normaux.

L'infection tréponémique d'allure spéciale de la femme du Sique ancien, son début imperceptible et son évolution silencieuse, inapparente, asymptomatique, a été signalée et étudiée par FOURNIER.

Il donne 87 observations d'hommes qui, s'étant mariés, n'ont jamais transmis à leurs femmes le moindre phénomène suspect de Sis. Les accoucheurs, à leur tour,

notent la rareté de la positivité sérologique des compagnes des Siques.

Dans une statistique portant sur 1.119 femmes de Siques, M. GUENIOT note seulement 49 B.W. positifs. M. BAR disait que dans Sis latente, un résultat positif est rare.

Nous donnerons, quant à nous, une série de cas où la Sis de la femme ne pouvait être soupçonnée que par l'hérédo-Sis des enfants, les fausses couches, les phénomènes morbides tardifs et par la Sis contemporaine du mari. Aux signes classiques et évidents de Sis, notre maître, M. MILIAN, nous appris à ajouter certains troubles épars que la clinique minutieuse nous oblige à considérer comme de nature Sique. En effet, il n'est pas rare de rencontrer chez les femmes de Siques un bon nombre de manifestations endocrines, telles que : syndrome basedowien ou sympathique pur, diabète sucré, obésité, aménorrhée primitive, tous associés plus ou moins étroitement à des troubles de la nutrition, de la circulation, de la trophicité cutanée.

En ce qui concerne les téguments des femmes de Sique n'ayant jamais présenté de troubles révélant leur Sis, présentant souvent des eczémas fixes, des kératoses pulpaire digitales, des onyxis, des ulcères de jambes, des liquinifications essentielles. Notre maître, le Docteur MILIAN a donné de nombreux exemples de ce genre et a montré l'efficacité de la thérapeutique spécifique dans ces lésions rebelles au traitement symptomatique.

Certains des troubles ont une prédominance pour certains âges. On peut dire qu'après une période de latence absolue, l'infection de la femme du Sique émerge à partir d'un certain âge variable d'ailleurs.

Autour de la cinquantaine, parfois plus tard seulement, la syphilis jette son masque aortite et sclérose artérielle généralisée avec ou sans hypertension, artérites des membres, névralgies tronculaires, plus souvent radiculaires, sciatique, diabète sucré néphrite, rhumatisme chronique, ostéite lente, sont les manifestations les plus habituelles. Il ne reste pas moins que la Sis de la femme est nettement moins vulnérante que celle du mari, tandis que ce dernier, dans la moitié des cas, ne dépasse pas la soixantaine, l'épouse se sclérose un peu, tout en traînant quelque petite, mais tenace affection.

OBSERVATIONS

Nous donnons ci-dessous le résumé succinct d'une série d'observations concernant des femmes jeunes et âgées. Les manifestations de l'infection Sique, personnelles ou de leur descendance ont déterminé l'examen clinique des malades et l'enquête complémentaire concernant leur mari.

L'examen de ce dernier n'a pu être fait dans certains cas, décès, séparation ou simplement sa mauvaise volonté, signe de sa culpabilité probable.

Nous avons omis les cas où les moindres stigmates d'H.S. pouvaient laisser quelque doute sur la Sis acquise de la femme.

Les lésions des ongles, plus éloquentes que dans la Sis ordinaire, nous ont paru, dans les Sis muettes, des éléments de diagnostic précieux, la P.L. et la réactivation ont été faites dans quelques cas.

Les traitements spécifiques institués ont donné généralement des bons résultats.

9. *Bien que cohabitant depuis de nombreuses années avec son mari Sique à sérologie - , ne présente rien cliniquement, sauf un lupus érythémateux particulièrement résis-*

tant, son sérum est sub-négatif; a eu un accouchement en 7 mois, l'enfant est mort le lendemain.

21. Age : 25 ans. Alopécie diffuse à l'occasion d'une grossesse terminée par une fausse-couche. Rien en dehors de quelques ganglions de l'aîne. Première grossesse, enfant débile, mort. Repos gestatif de 4 ans. Nouvelle grossesse coïncidant avec la chute de cheveux. S.W. positif après réactivation.

24. Sis, complètement ignorée, pas de stigmates héréditaires, vient pour une dysménorrhée et stérilité depuis 5 ans. Erosions ponctuées des ongles. Traitement spécifique actif et prolongé. Grossesse. Nouveau-né présente un spasme laringé sub-permanent guéri après quelques frictions mercurielles. S.W. négative.

32. Age : 62 ans. Présente une glossite scléreuse superficielle, de la leucoplasie latérale, du Kromosis vulbal avec érythème et prurit. Mariée. époux décédé d'urémie, pas d'enfants, pas de fausses-couches. Pas d'antécédents spécifiques. S.W. négative. L.C.R. normal. Traitement anti-Sis d'un an. Guérison quasi-totale.

33. Age : 65 ans. Eczéma fixe de la face dorsale, des deux mains, cicatrice déprimée, fissuraire avec leuplasie du dos, de la langue. Abortements spontanés 3. Enfants morts 4. Enfants vivants dont un arriéré. Sérologie négative Hgr et Iodure de K. Guérison complète de l'eczéma. Leucoplasie diminuée.

54. Age : 51 ans. Aucun antécédent Sique, vient pour un onyxis spécifique : bourrelet onguéal, dépressions transversales, érosions ponctuées, épaississement et ongle en bateau. Deux fausses-couches spontanées. Deux grossesses

à terme. 1 enfant mort 40 jours plus tard. Le second à 9 mois, d'une méningite.

65. 38 ans. Contaminé par son mari en 1925. Très rapidement négative, et toujours depuis traitée, aucun trouble. Son enfant, né en 1927, nettement hérédo-Sique.

117. Périostite condensante du tibia, douloureuse seulement à la pression, clangor aortique. Rien dans les antécédents. S.W. —. Influence favorable du traitement après une réactivation du début.

150. Sauf un léger basedowisme et l'existence d'un prématuré mort dans son passé obstétrical, rien ne fait penser ni cliniquement, ni sérologiquement à la Sis dont le mari présentait l'accident primitif peu avant le mariage.

153. 77 ans : Vient pour un petit épi croûteux du visage. Une fausse-couche de 6 mois dans la première année du mariage. Stérilité depuis. Mari présente de l'atrophie blanche du dos des mains.

155. Voici une malade atteinte de paraplégie spasmodique ne relevant d'aucune compression, accompagnée de troubles sphinctériens et cécité progressive par névrite optique. Jamais de lésions cutanéomuqueuses. Jamais la sérologie n'a été positive.

189. Sis contractée en 1929, soignée. Pas d'accidents cutanéomuqueux. Présente (1937) nombreuses érosions et stries onguéales et une aménorrhée relative. Traitement intensif. Disparition lente des altérations onguéales et grossesse normale. S.W. O.

260. Age : 67 ans. Ulcère du tiers inférieur de la jambe, pas de varices. Glossite décapillante de 5 cm. de diamètre. S.W. négative. Mari mort comma hémiplegique.

306. Age : 88 ans. Eczéma parakératosique nettement délimité. Les réflexes achilliens sont absents. Les pupilles immobiles. Mari décédé hémiplégique.

308. Sis ignorée. 64 ans. Eczéma nu, malaire fixe du dos, des mains. S.W. positive. Traitement *anti-Sis*. Guérison complète.

310. 75 ans. Eczéma parakératosiques des jambes. Glossite dépapillante, opaline et taches mélaniques. Onyxis hyper-kératosique. Chevelure capillaire. Mari décédé (coup de sang). Deux fausses-couches spontanées à 2 mois 1/2. Une fille morte à 2 mois.

325. 25 ans. Vient demander si elle est « contagionnée » car son ami Sique est en traitement à Saint-Louis, depuis un an. Rien cliniquement, sauf une série d'érosions ponctuelles du pouce gauche. S.W. complètement négative.

342. Onyxis marquées, légère kératose pulpaire, infiltracyanotique et scléreux périphébitique progressif. Rien par ailleurs ainsi que dans le passé. S.W. —. Une fausse-couche spontanée de 2 mois 1/2. Mari décédé d'angine de poitrine.

368. Rapports sexuels réguliers avec son mari qui, syphilitique depuis 1931, présente aujourd'hui une Side ulcéreuse : 5/6, même n'a jamais eu le moindre accident. Une fausse-couche de un mois l'an dernier. S.W. négatif.

528. Fausses-couches, morti-natalité, enfants arriérés, une jumelle. Elle n'a jamais rien eu. La sérologie est négative. Traitement, réactivation au niveau des nerfs périphériques.

552. Lichmification en placard des avant-bras. Kératose

pulpaire. Pachyonyxis. Glossite dépaillante lenticulaire
Antécédents = O.-S.W. —. Action efficace du traitement
spécifique.

560. *Femme d'un Sique ancien, n'ayant jamais eu le*
moindre signe clinique de Sis, mais dont l'enfant présente
des stigmates indubitables de H.S.

574. *N'a jamais rien eu personnellement, mais sur*
neuf couches, six mortes dans les premiers jours; une fille
ayant une kératite et une surdité complète. B.W. forte-
ment positif.

645. *Age : 32 ans. Ostéite du grand trochanter. Basse-*
dow léger. Mariée à 21 ans. Trois fausses-couches sponta-
nées. Un enfant mort de méningite. Un garçon de 3 ans
maladif. S.W. négatif.

651. *54 ans, convoquée à la suite de l'examen de son*
fils qui présentait une lésion de Sis évolutive. Elle n'a
jamais rien eu. Langue labourée de cicatrices fissuriques
avec rétraction en bateau. Side érythémato-papuleuse
ruplhée de l'avant-bras.

663. *Erosions ponctuées des ongles. Grossesse de*
huit mois. Pas d'antécédents morbides. Kahn (seul) posi-
tif. Mari en Algérie (?).

669. *Eczéma fixe et lichenification. Nombreuse éro-*
sions onguéales. Trois grossesses, Une fausse-couche, Un
mort-né. S.W. — mari mort subitement angine de poitrine

696. *Enfant Sique, onyxis et périonyxis. Erosions pon-*
ctuées. Stigmates dentaires abondants. Mère, rien clinique-
ment S.W.

707. Obèse, hypertendue, présente un ulcère de jambe. Jamais malade. S.W. —. Mari mort d'ectasie aortique.

773. Son mari est décédé P.G. Elle n'a jamais présenté le moindre trouble inquiétant, en dehors d'une céphalée parietale avec sensibilité du cuir chevelu. Sur neuf grossesses, trois enfants vivants, tous H-Sis avérées. B.W. négatif.

804. Léger basedowisme. S.W. —. Mais sur trois grossesses, trois prématurées, dont un seul vivant avec stigmates dentaires. Mari présente une orchite chronique suspecte.

811. Quittée par son mari non « sérieux ». Vient pour être rassurée. N'a jamais rien eu, mais le Demoulières = H6 et son enfant est H-Sis.

817--784. Son enfant H-Sique, carie noire dentaire, strabisme parler tard. Son mari, érosions onguéales, stigmates dentaires. Elle-même fausse-couche spontanée à 5 mois, mais aucun autre trouble. S'agit-il d'une Sis de seconde génération ?

915. Sis ignorée par la patiente qui, mariée depuis 1933 fait trois grossesses, dont une se termine par une fausse-couche de trois mois, les deux autres, par accouchement de deux enfants mort-nés. Le traitement antérieur a paru insuffisant. Traitement actif, nouvelle grossesse, sérologie négative. Examen clinique ne montre rien. Mari indemne.

933. Erythème tertiaire circiné typique. Rien dans le passé S.W. —. Mari mort cancer du rectum.

956. Eczéma fixe, fissuré. Erosions onguéales nom-

breusés. Antécédents nuls, sauf deux avortements spontanés de trois à six mois. S.W. — sauf Dem. H7.

1047. *A eu des rapports avec son mari Sique dès le début de sa maladie. En dehors d'une légère adénopathie sus-épitrochléenne on ne trouve rien, ni dans le passé ni dans le présent.*

1053. *Mari interné P.G., la femme n'a jamais rien eu. Une fausse-couche spontanée dans les trois premiers mois du mariage. Un enfant largement touché par le tréponème. S.W. —.*

1166. *Sis latente découverte à l'occasion d'un examen systématique parce que son mari Sique est soigné à Bichat. A l'examen clinique on ne trouve rien sur la peau, les muqueuses. Les réflexes sont normaux. La B.W. + une seule fois depuis deux ans — négative à plusieurs reprises.*

1202. *Femme âgée de 57 ans, n'ayant jamais eu le moindre accident, nous amène son fils de 23 ans, arriéré mental et H-Sique physiquement manifeste, à nombreux stigmates Traités actuellement. Son second fils est un brillant élève de l'Ecole Polytechnique. Le père est décédé P.G.*

1247. *Epouse depuis 1918 d'un sujet Sique à réactions sériques fortement résistantes, mais sans gros troubles cliniques, ne présente elle-même rien, et son sang également. Un fils a peu près normal. Pas de F.C.*

1278. *Son mari Sique niant tout accident primaire, à sérologie fortement + et résistante. Elle-même n'a rien d'anormal, sauf une légère dyspnée. B. W. —.*

1295. *L'examen clinique ne montre rien. Le Demoulière H5 B.W. H6, mais a un enfant H-Sique et présentant du vitiligo.*

1375. Cette jeune femme a des rapports avec son mari Sique 2^e en pleine effervescence. L'examen sérologique ainsi que la clinique sont absolument négatifs. Cinq mois après, la Sis se démasque par une sérologie +.

1429. Le conjoint étant en traitement pour une Sis 1^{re} la femme est examinée par précaution. Sérologie et clinique sont négatives, mais la femme qui était enceinte de deux mois et demi fait, dix jours après, une fausse-couche spontanée, avant que nous puissions recommander un traitement anti-Sique préventif.

1491. Est venu consulter pour une grande fatigue et des troubles mélancoliques. Réflexes vifs, aucun signe actuel, rien dans les antécédents. B.W., H7, normal, a un enfant de 6 ans, H.S. typique avec B.W. fort. H. Soumise au traitement, huile gr., fatigue et dépression psychique sont disparues.

1550. Se plaint de quelques vertiges, l'examen clinique ne donne rien. B.W. complètement négatif. Une fausse-couche, mari a une sérologie fortement positive.

1562. Examinée à l'occasion du tabès de son mari, Sique depuis 6 ans, on ne lui trouve rien de pathologique. Son B.W. est complètement négatif, quoique traitée régulièrement par le Cy Hg, fait une fausse-couche de trois mois après son mariage.

1581. Mari interné à l'hôpital Henri-Roussel pour P.G., la femme ne présente absolument rien, son B.W. est négatif, son fils âgé de trois ans présente, par contre, de nombreux stigmates d'H.-S.

CONSIDERATIONS SUR LES OBSERVATIONS PRESENTEES

Le nombre des Sis typiques féminines, vu à la période primo-secondaire est nettement inférieur à celui des Sis occultes ou olygo-symptomatiques ou tardives.

Il faut tenir compte du fait que la clientèle du dispensaire Alfred FOURNIER, dirigé par M. MILLAN est en grande partie constituée par des malades envoyées par divers dispensaires et médecins de ville en vue d'obtenir un diagnostic. Ainsi on y voit plus souvent qu'ailleurs les cas difficiles de Sis imperceptible et même souvent les formes classiques, florides.

C'est pourquoi une statistique comportant des pourcentages, des comparaisons, portant sur les dossiers que nous avons examinés, ne permettrait pas des conclusions conformes à la réalité.

Il reste néanmoins que la Sis torpide, occulte de la femme est d'une fréquence considérable pourvu qu'on fasse un examen approfondi du malade et de son entourage et on ne se limite pas à considérer l'état de la sérologie.

EXPLICATION DES FAITS

La Sis conjugale de la femme — telle que nous venons de la voir avec son installation sans bruit, sa longue période de latence, voir l'impossibilité de la constater objectivement son évolution insidieuse vers des manifestations tertiaires, cutanées, viscérales ou nerveuses, l'écho précoce et rapide dans la vie génitale de la femme et dans la descendance, pose un important problème de pathologie générale.

Comment expliquer, en effet, que la contamination soit passée inaperçue ? Pourquoi cette Sis se présente-t-elle sous une forme aussi atténuée imperceptible, occulte, muette chez la mère.

Comment devient-elle aussi parlante et visible chez l'enfant ?

Il est un fait que les chancres génitaux de la femme

siégeant dans le canal cervical ou trompe peuvent non seulement rester ignorés de la patiente mais encore échapper à l'examen du médecin. L'adénopathie est souvent inaccessible. Quant à la roséole, aux autres accidents secondaires, leur intensité touche parfois à zéro. Force nous est d'admettre ou bien une contamination minime et peu virulente ou une atténuation de l'infection par l'organisme féminin. Les conditions conjugales de contamination, les coïts réguliers avec un mari dont la *Sis* a franchi la période d'efflorescence, dont les lésions cutanées muqueuses sont cicatrisées, fermées, permettent de supposer que l'inoculation de tréponèmes est peu virulente à la fois qualitativement et quantitativement. Ces faits expliqueraient l'absence d'un chancre du moins visible à l'œil nu, le chancre histologique étant bien connu.

Les expériences de LÉVADITI, PINARD ont démontré la possibilité d'infecter la lapine par voie vaginale sans production d'accident primitif local. La réalité de l'infection est prouvée par le fait que les ganglions de la lapine, inoculés aux testicules d'un lapin, se montrent parfaitement virulents.

La seconde question est encore plus difficile à résoudre. Les infections répétées peu virulentes seraient-elles capables d'amener une accoutumance ? L'absence de sensibilisatrice dans le sérum sanguin ne doit-elle pas être interprétée comme un fait résultant de la faiblesse du réactogène ?

L'organisme passe aurait-il naturellement — et alors dans quel but finaliste — une faculté première à atténuer les affections qui l'atteignent ?

Quant à l'état de gravidité, il exagère bien souvent l'intensité des troubles pathologiques et ceux de la Sis en particulier.

La Sis brûle les étapes disait FOURNIER.

De même que la Sis à bout de souffle — la Sis de la femme semble fatiguée mais dans l'embryon, ou accompagnant l'ovule ou y arrivant plus tard — le tréponème en nombre relativement considérable prend, dans l'organisme fœtal un renouveau d'activité.

Il s'y multiplie au même rythme que les tissus fœtaux, atteignant plus profondément tel ou tel feuillet embryonnaire ou organe, le mesenchyme, en général, semble être le préféré.

L'hypothèse que nous émettons nous semble la plus vraisemblable et la plus plausible avec les faits observés. Infiltration tréponémique minime graduelle, répétée chez la femme du Sique, fournira en cas de grossesse assez de germe pour une invasion massive d'un organisme jeune toujours propice à leur développement.

CONCLUSION

1° La Sis de la femme ne présente pas toujours un tableau clinique ordinaire.

L'infection tréponémique prend, dans certaines circonstances, une allure olygo-symptomatique, torpide, occulte. Dans ces cas, peu vulnérante pour le sujet et cela tardivement, elle se démasque dangereusement au cours des grossesses et dans la descendance.

2° Scientifiquement, l'inapparence de l'infection de la femme du Sique, semble relever des circonstances particulières de la contamination : l'inoculation répétée, les tréponèmes peu virulents et en petites quantités.

Cette pathogénie devrait être envisagée et étudiée par les expérimentateurs en vue de vérification.

3° L'intérêt social que pose la femme du Sique est considérable, l'examen minutieux des cas suspects doit être répété, la surveillance doit être étroite et à la moindre alerte ou au moment des grossesses, la femme doit bénéficier du doute et être traitée avant que l'avortement ou la Sis héréditaire de l'enfant, le fasse regretter.

Vu : le Président de la thèse,

L. Binet.

Vu : le Doyen.

Tiffeneau.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

FOURNIER : *Syphilis et Mariage; Syphilis de la Femme.*

GOUGEROT : *Revue Française de Clinique et Thérapeutique.*

MILIAN : *Syphilis Occulte. Revue Française Dermatologie.*

CHEVALIER : *Revue de Syphiligraphie.*